

En balansert atferdsanalytisk kritikk av psykiatrisk diagnostikk

Børge Holden

Del 1. Hva psykiatriske diagnoser er og ikke er, og kan gjøre og ikke

Diagnoser er vanligvis *kategorier* (klassifikasjon, syndromer, "båser", sykdomsinndeling)

Vanlige oppfatninger om diagnoser:

- De omfatter sykdommer på linje med somatiske
- De er klart avgrensede og "gjensidig utelukkende"
- De forklarer atferden som de stilles ut fra
- Miljøbehandling skjer ut fra diagnose
- Psykotrop medikasjon skjer ut fra diagnose

Så enkelt er det dessverre ikke, som det framgår av noen innvendinger:

forts.:

"Selv om noen diagnoser kan ha veldefinerte grenser mellom grupper av symptomer, plasserer nyere forskning... de fleste forstyrrelser på et spektrum med temmelig lignende forstyrrelser som har delte symptomer, delte genetiske og miljømessige risikofaktorer... Vi har kort og godt skjønnet at grensene mellom forstyrrelser er mer porøse enn vi trodde før" (s. 6)

"Problemer i oppbygningen som skyldes den grunnleggende utformingen av tidligere DSM-inndeling, som består av et stort antall smale diagnosekategorier, har kommet til syne både i klinisk praksis og i forskning" (s. 12)

"Også studier av både genetiske og miljømessige risikofaktorer... vekker bekymring for DSMs kategorielle oppbygning. Fordi den tidligere DSM-tilnærmingen betraktet hver diagnose som kategorisk adskilt fra helse og fra andre diagnoser, fanget den ikke den utbredte delingen av symptomer og risikofaktorer på tvers av mange diagnoser som framkommer i studier av komorbiditet" (s. 12).

"Det en gang fornuftige målet om å finne ensartede grupper for behandling og forskning førte til smale diagnosekategorier som ikke fanget den kliniske virkelighet, variasjoner i symptomer innenfor forstyrrelser og den betydelige delingen av symptomer mellom forstyrrelser. Det tidligere målet om å oppnå diagnostisk ensartethet ved hjelp av videre undertyper av forstyrrelseskategorier er ikke lenger hensiktsmessig ... mentale forstyrrelser er uensartede på mange nivåer, alt fra genetiske risikofaktorer til symptomer" (s. 12).

"... å gruppere forstyrrelser etter hva som er kalt *internaliserende* og *eksternaliserende* faktorer er en tilnærming som har støtte i forskning. Både innenfor den internaliserende gruppen (som inneholder forstyrrelser med tydelige engstelig, depressive og somatiske symptomer) og den eksternaliserende gruppen (som inneholder forstyrrelser med tydelige impulsiv og utagerende atferd, og misbruk) forklarer felles genetiske og miljømessige risikofaktorer, som viser seg i tvillingstudier, trolig mye av den komorbiditeten man ser..." (s. 13).

”Til tross for problemene med kategorielle diagnoser, mente komiteen for DSM-5 at tiden ikke var moden for å foreslå alternative definisjoner av de fleste forstyrrelser”

Hovedpunkter i kritikken så langt:

- Mange forstyrrelser har felles årsaker
- Mange forstyrrelser har felles symptomer
- Forstyrrelser viser stor intern variasjon
- Trolig kan bare grovere og mer generelle inndelinger forsvares, både når det gjelder beskrivelser og nytte

Hvor kommer betraktningene fra? DSM-5 selv! Og det er mer:

”... DSM-5 sier egentlig ikke noe om hva psykiske lidelser er, bortsett fra å gi en mengde eksempler på det. Dess flere kategorier det blir, dess flere vil ligne på hverandre, og dess vanskeligere vil det være å skille dem... (McHugh & Slavney, 2012)

«... Reaksjoner på tap og sorg, demoralisering som følge av ulykkelige omstendigheter, og gammeldags melankoli, blandes sammen som om de var samme tilstand, ut fra noen ytre likheter. Men alle som har litt innsikt i slike tilstander, vet at de er vidt forskjellige. Å identifisere lidelser ved hjelp av en rekke symptomer er ikke det samme som å forstå dem» (McHugh & Slavney, 2012)

«Klinikere som er klar over mulige årsaker og deres mange praktiske og heuristiske følger (altså tommelfingerregler og kvalifiserte gjetninger, min tilføyelse), vil bli oppmuntret til å utføre mer analytiske vurderinger, behandlinger og undersøkelser av pasienter, og likevel bruke DSM-diagnosene som rene beskrivelser» (McHugh & Slavney, 2012)

«Psykiatere vil begynne å nærme seg den dagen da de møter psykiske lidelser slik indremedisinen møter somatiske sykdommer; ved å forklare de kliniske tegnene som produkter av en natur som ikke bare forstås ut fra sine ytre tegn, men ut fra prosesser som skaper dem. Bare da kan psykiatrien bli et voksent medisinsk fagfelt, og bare da kan en håndbok slutte å være dens fremste redskap» (McHugh & Slavney, 2012)

«Å gruppere forstyrrelser etter antatte årsaker vil fremme fruktbar tenkning, og følgelig gi framgang» (McHugh & Slavney, 2012)

Altså:

De mener at utforming har begrenset interesse, og at vi må se mer på det individuelle og funksjonelle

Det er altså enighet om begrenset praktisk nytte av dagens diagnoser, fordi:

1. De er ikke sykdommer på linje med somatiske
2. De er ikke klart avgrensede eller "gjensidig utelukkende"
 - De overlapper. De fleste symptomer kan inngå i flere lidelser - de er "diagnostisk heterogene")
 - Diagnoser er preget av stor variasjon: Folk med samme diagnose kan fungere svært ulikt, fordi:
 1. Mange kriterier er polytetiske ("gjelder for de fleste" med diagnosen, uten at noen er avgjørende)
 2. Det er mange måter å ha hvert kriterium på: Selv relativt enhetlige diagnoser, som tics/Tourette og tvangslidelse, er nokså variable
 - Differensialdiagnostikk; å skille mellom ulike diagnoser og å unngå for mange diagnoser, er derfor spesielt viktig
 - Diagnoser har terskler, selv om problemene er gradvise, eller kontinuerlige

3. De forklarer i liten grad atferden de stilles ut fra, hverken bakenforliggende eller mer nærliggende. Vi vasker ikke hender *på grunn av* tvangslidelse, og er ikke triste *på grunn av* depresjon

4. Miljøbehandling skjer lite ut fra diagnose, men går generelt på tvers av diagnoser

- Den må i stor grad utformes individuelt
- Den må ta mer hensyn til hvorfor atferden finner sted, enn til diagnose
- Eller den må utformes ut fra hva som virker!

5. Heller ikke psykotrop medikasjon skjer bare ut fra diagnose. Den virker noen ganger når den ikke skal virke, og omvendt

En diagnose alene gir sjelden en behandlingsmessig aha-opplevelse.

Del 2. Funksjonell forståelse av forstyrrelser

- Mange lidelser er avgrensede, og lett å si noe funksjonelt om, både generelt og i hvert tilfelle
- Atferd som inngår i psykiske lidelser, har ofte *typiske* funksjoner. Det er enighet om at mye «psykiatri» dreier seg om *unngåelse/unnslippelse*
- De mer syndromale lidelsene må naturlig nok deles mer opp
- Uansett får vi ofte fram at diagnoser overlapper med hverandre med hensyn til motivasjon for atferd som inngår i dem
- Vi får også fram at atferd varierer med miljøforhold

Funksjonelle analyser er sjelden komplette, men gir ofte nyttig forståelse

Aktuelt å se på:

1. Overfølsomhet for forsterkere. Mani, dramatiserende personlighetsforstyrrelse, AD/HD, patologisk spillelidenskap, overdreven søskenrivalisering. (For mange er impulsivitet vesentlig.)
2. Følsomhet for problematiske forsterkere: Seksuelle "objektvalg" (som pedofili, blotting, kinking), rus, tics, pyromani, kleptomani, viljestyrt produksjon eller simulering av symptomer eller dysfunksjon, autisme/asperger (og fingersuging, neglebiting, neseplukking!)
3. Liten interesse for normale forsterkere: Depresjon, schizofreni, schizoid personlighetsforstyrrelse, autisme/asperger
4. Overfølsomhet for ubehag: Personlighetsforstyrrelser, aggresjon, atferdsforstyrrelser, separasjonsangst

4. Følsomhet for spesielle ubehag: Tics, tvangslidelse, fobier, spiseforstyrrelser, autisme/asperger, posttraumatisk stress, reaktiv tilknytningsforstyrrelse, dissosiative lidelser
 5. Underfølsomhet for normale ubehag. Psykopati, pedofili, mani, asperger
 6. Forsterkning av "feil" atferd: Atferdsforstyrrelser, ADHD
 7. Hva personen tenker og sier om sin atferd: Tolkning av situasjoner, betydningen av å unngå ubehag
- Vi kan iverksette miljø/læringsbasert behandling direkte på grunnlag av slike analyser
 - Tiltak vil i prinsippet gå igjen i flere diagnoser
 - Det er en transdiagnostisk tilnærming

Funksjonelle analyser kan være viktig også i kategoriell diagnostikk:

Hva som motiverer og opprettholder atferden kan avgjøre om den inngår i en diagnose eller ikke, som:

1. Skyldes manglende følgende av beskjeder at beskjeden ikke er klar nok eller at personen ikke "vil"? (Det første: ADHD? Det andre: opposisjonell atferdsforstyrrelse?)
2. Skyldes få venner "klossete væremåter" eller "manglende interesse"? (Det første: asperger? Det andre: schizoid personlighetsforstyrrelse?)

Del 3. Diagnoser kan gjøre vondt verre, enten de er rette eller gale

Diagnoser kan ha negative følger:

- Både rette og gale diagnoser kan "forklare" personens atferd, og "unnskyld" den
- Noen "bruker" diagnosen: "Jeg er hissig", "Jeg har angst", "Jeg orker ikke"
- Faginstanser kan senke forventninger og mål unødige mye, ut fra diagnose
- Noe av det kan skyldes selve diagnosene, fordi mange av dem innebærer noe som personen:
 - Ikke kan, ikke klarer eller er dårlig til, som ulike lærevansker og utviklingsforstyrrelser
 - Ikke tør eller mestrer på andre måter, som fobier, separasjonsangst og tvangslidelse
 - ADHD, asperger og andre "syndromale" diagnoser innebærer mange problemer
 - Også øvrige vurderinger kan beskrive mye som personen ikke klarer eller tåler

«Feil og mangler» ved personen kan bidra til syllogismer som:

- Per har regnevansker → Peder må få enkle regnestykker, og mindre regning
- Oline har angst for sosiale situasjoner → Oline må få slippe å møte opp
- Petra har angst for å gå på skolen → Petra må få slippe å gå på skolen
- Anders "klikker" → Det er uunngåelig, for han bare klikker jo, så det må han nærmest få gjøre, eller tilrettelegge for "ingen klikking"
- Finn er trist → Finn må få slippe aktiviteter

Funksjonsvansker skal føre til lettelser:

- Men lettelser bør være så midlertidige som mulig, og følges opp med en plan for å øke mestring, når det er mulig
- Ellers kan lettelser bli unødig permanente, og bidra til en ond sirkel
- Når diagnoser er gale, kan lettelser være ekstra unødvendige
- Mange problemer skyldes tidligere forsøk på å løse dem

Også riktig diagnose kan ha skadelige effekter

Ung mann med tvangslidelse skulle få drive med tvangshandlinger

- Ingen utviklingshemning eller –forstyrrelse
- Tok knapt på dørhåndtak og annet som andre hadde tatt på
- Etter toalettbesøk med avføring lå han minst to timer i badekar
- Etter urinering vasket han hendene i minst en halvtime under rennende, lunkent vann
- Lå bare to netter med samme sengetøy, før det måtte skiftes
- Foreldrene hadde fått råd om å la ham få drive med tvangshandlinger
- Han kunne bl.a. bruke hansker, og ville "vokse av seg" tvangshandlingene
- Men han ble mer og mer handicappet

Uansett hvilken diagnose det er, er moralen: "Vær kritisk til følgene av en diagnose"

Kunnskap om "god behandling" kan alltid dempe følgene av diagnosen, og noen ganger oppheve hele diagnosen

Også mangel på diagnose, eller feil diagnose, kan være et problem:

- Det finnes solskinnshistorier der ting «løste seg» med en diagnose
- Men at «Alt løste seg da Thomas fikk en diagnose», kan skyldes generelle løsninger, og ikke at en riktig diagnose ga mer spesifikke, riktige løsninger
- Oftest ser man noen behov, og iverksetter tiltak, uavhengig av selve diagnosen
- Noen ganger kan diagnose gi i alle fall *litt* ny forståelse, og være en inngang til behandling:
 - Dårlige prestasjoner skyldes ikke bare manglende interesse og innsats, men lærevansker
 - Unngåelse skyldes ikke negative holdninger, men innebærer angst
 - Unngåelse skyldes ikke negative holdninger, men tristhet
 - Psykotiske reaksjoner fører til avdekking av miljøbelastninger som må elimineres
 - Noen ganger må lettelser være permanente fordi det ikke finnes god opplæring eller behandling, som ved lavt evnenivå, alvorlige autismeforstyrrelser og alvorlig schizofreni

4. Riktigere diagnostikk kan bidra til riktigere behandling

- Når det er begrenset sammenheng mellom diagnose og behandling, kan riktig diagnose føre til gal behandling (Og gal diagnose utelukker ikke riktig behandling!)
- Uansett er riktig diagnose ikke nok
- I tillegg trengs riktig forståelse av problemene (og effektiv behandling)

Diagnostikk er mer enn diagnosekategorier:

- Også en funksjonell vurdering er diagnostikk, eller utfyller diagnoser
- Riktig behandling krever at individuelle vurderinger ligger til grunn

1. Gutt som knapt hadde deltatt i vanlig opplæring på to år

- Foreldrene og skolen delte vår undring over diagnose og råd om ekstreme tilpasninger
- Konklusjon: Han hadde ikke asperger eller annen sårbarhet som tilsa vesentlig tilrettelegging
- Han skulle delta i vanlig opplæring, med tilpasninger etter langvarig fravær
- I starten protesterte han med tendenser til gråt, og forsøk på å unnsnippe, men det var lett å få ham på skolen
- Etter kort tid var han en temmelig normal elev
- Han fikk også flere venner igjen
- Skolen beskrev den brede framgangen som "utrolig"

2. Ungdom som hadde fått være langt særere enn nødvendig

- Hadde nettopp fått diagnosen asperger, som altså ikke holdt
- Skoledagen hadde vært mye tilpasset før dette, men diagnosen førte til enda mindre krav
- Vi kom fort fram til at han hadde større potensial: Det var relativt lett å dempe mange særheter, og i løpet av noen måneder ble han langt mer normal.
- Dette betyr ikke at det ikke har vært problemer:
 - Da han var liten, hadde han sluttet å snakke, og isolerte seg veldig.
 - Den dag i dag kan han ha problemer med å ordlegge seg.
- Så langt fram som vi kan se, vil han trenge en del oppfølging.
- Men han har stadig framgang.

3. Tenåring som hadde vært unødig uselvstendig og klengete

- Ikke asperger, IQ på 100, og «bare» litt angst
- Det styrket mistanken om at han fungerte svakere enn han trengte
- De små kravene som ble stilt til ham, hadde mye opphav i råd som skole og foreldre hadde fått ut fra diagnose
- Lett å få ham til å møte på skolen 100 %, og til å gå alene den snaue kilometeren
- På skolen lærte han mer, og hadde mer normal oppførsel, når han var sammen med trinnet
- En miljøterapeut drev sosial trening med ham, som ikke å "slenge dritt" til medelever
- I løpet av noen få måneder ble både opplæring og oppførsel betydelig normalisert

4. Bort fra asperger og til ren behandling av tvangslidelse

- Hadde tidligere hatt sosial fobi, men det hadde kommet seg
- Hadde diagnosen asperger, som var riv ruskende gal
- Det kliniske var tvangstanker, mest om helt urealistiske, katastrofale ting som kunne skje
- Han "plaget livet av" familien for at de skulle være med å lage forholdsregler
- Hver gang de hadde laget det slappet han av litt
- Uansett var det knapt annet å gjøre enn å akseptere at tankene kom, uten å iverksette alle tiltakene for å dempe angsten

5. Fra asperger til atferdsforstyrrelse

- Asperger ble tatt bort, og han fikk diagnosen atferdsforstyrrelse begrenset til familien
- Det var en stor lettelse for foreldrene
- Da begynte de da å behandle gutten på en annen måte: Mer krav, mer grenser
- Han kom seg veldig
- Han hadde tidligere «respondert» lite på våre tiltak, trolig fordi foreldrene behandlet ham på måter som motarbeidet tiltakene

6. Mann uten diagnose, men likevel med konkrete problemer

- Henvist for behandling av tvangslidelse
- Hadde ingen tvangslidelse, men brukte veldig lang tid i mange situasjoner
- Det viste seg at IQ var under 80
- Han opplevde et sterkt press til å komme ut i vanlig jobb, som var urealistisk
- Rent diagnostiske endte utredningen med å understreke at evnenivået var for lavt for vanlig lønnet arbeid. (F81.9 og F83 er nokså meningsløse diagnoser.)

Konklusjoner: Fornuftig bruk av diagnoser

- De oppsummerer problemer. Det er så mange diagnoser at de omfatter de fleste atferdsproblemer
- Diagnoser gir ikke presise nok beskrivelser av atferd, men vi kan supplere med individuelle beskrivelser
- Diagnoser kan være generelle utgangspunkter for behandling, brukt med måte
- Når det gjelder psykologisk behandling, er det ikke engang meningen at diagnoser alene skal indikere behandling
- Diagnoser er forenlige med atferdsanalytisk forståelse av årsaker til atferd som de består av. De utfyller hverandre
- Problemet er ikke primært diagnosene, men folk som overdriver deres betydning, og er "mer katolske enn paven"

Vi må stille diagnoser, uavhengig av våre teoretiske ståsteder

Unngåelse av ubehag- og anstrengelseslidelse
(Discomfort and effort avoidance disorder, DEAD)
(Minst tre kriterier må oppfylles):

- a) Studerer ikke eller lever ikke av vanlig lønnet arbeid
- b) Svekket fungering står ikke i rimelig forhold til reelle plager
- c) Sterk tendens til å overdrive plager som skal være årsak til svekket fungering
- d) Legger planer, men iverksetter dem sjelden

Spesifiseres i en av tre varianter:

- 1) Engstelig, der angst er hovedtema
- 2) Somatisk, der hovedtema er sykdom, smerter og lignende
- 3) Unngåelse av anstrengelse, der hovedtema er manglende grunnleggende vilje til å yte

Lavt evnenivå-forstyrrelse (Low general abilities disorder) (Alle kriterier må oppfylles):

- 1. Ikke utviklingshemning, det vil si at personen har IQ på ca. 70 eller høyere, og adaptiv fungering i form av rene ferdigheter over nivået for utviklingshemning
- 2. IQ ikke over 80, og adaptiv fungering i form av rene ferdigheter deretter
- 3. Ikke i vanlig lønnet arbeid, og uten utsikter til å få det
- 4. Har et åpenbart bistandsbehov i det daglige, så som til økonomisk oversikt, kontakt med det offentlige, ivaretagelse av egen helse